



AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E IMPACTO NA GESTÃO DO CUIDADO DE PESSOAS HIPERTENSAS

EVALUATION OF INTERVENTION FOR HEALTH PROFESSIONALS AND IMPACT ON THE MANAGEMENT OF CARE OF HYPERTENSIVE PEOPLE

EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN PARA PROFESIONALES DE SALUD E IMPACTO EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE PERSONAS HIPERTENSAS

Ana Paula Ferreira Maciel¹, Otávio Henrique Oliveira Macedo², Rosemberg dos Anjos Medeiros Filho³, Henderson Barbosa Pimenta⁴, Antônio Prates Caldeira⁵

RESUMO

Objetivo: avaliar o impacto de uma intervenção para profissionais de saúde por meio de indicadores de saúde sobre mudanças de comportamento das pessoas que vivem com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). **Método:** estudo epidemiológico, experimental, controlado. O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira, a amostragem foi probabilística e, nesta avaliação, participaram do estudo 720 pessoas. Na segunda etapa, foi feita intervenção, por meio de educação em saúde, para profissionais de duas equipes da Saúde da Família. Após a intervenção, foi feita nova abordagem de 102 pacientes cadastrados nas equipes de saúde que passaram pela intervenção (casos) e outros 102 pacientes cadastrados em equipes que não passaram pela intervenção (controles). **Resultados:** houve mudança estatisticamente significativa na adesão medicamentosa ($p=0,003$), com melhor adesão do grupo que passou pela intervenção. **Conclusão:** a intervenção promoveu maior adesão medicamentosa para os pacientes assistidos pelas equipes capacitadas, mas sem impacto sobre mudança nos hábitos de vida. **Descritores:** Hipertensão; Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the impact of an intervention for health professionals through health indicators on behavioral changes in people living with systemic arterial hypertension (SAH). **Method:** controlled, experimental, epidemiological study. The study was divided into two stages. In the first, the sample was probabilistic and, in this evaluation, 720 people participated in the study. In the second stage, intervention was done, through health education, for professionals of two Family Health teams. After the intervention, a new approach was applied to 102 patients enrolled in the health teams that went through the intervention (cases) and another 102 patients registered in teams that did not undergo the intervention (controls). **Results:** there was a statistically significant change in drug adherence ($p = 0.003$), with better adherence in the intervention group. **Conclusion:** the intervention promoted greater adherence to medication for the patients assisted by the trained teams, but without impact on change in living habits. **Descriptors:** Hypertension; Health Care; Primary Health Care; Health Systems.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el impacto de una intervención para profesionales de la salud a través de indicadores de salud sobre cambios de comportamiento de las personas que viven con la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). **Método:** estudio epidemiológico, experimental, controlado. El estudio se dividió en dos etapas. En la primera, el muestreo fue probabilístico y, en esta evaluación, participaron del estudio 720 personas. En la segunda etapa, se hizo intervención, a través de educación en salud, para profesionales de dos equipos de Salud de la Familia. Después de la intervención se hizo un nuevo enfoque de 102 pacientes registrados en los equipos de salud que pasaron por la intervención (casos) y otros 102 pacientes registrados en equipos que no pasaron por la intervención (controles). **Resultados:** hubo un cambio estadísticamente significativo en la adhesión medicamentosa ($p = 0,003$), con mejor adhesión del grupo que pasó por la intervención. **Conclusión:** la intervención promovió mayor adhesión medicamentosa para los pacientes asistidos por los equipos capacitados, pero sin impacto sobre cambio en los hábitos de vida. **Descritores:** Hipertensión; Cuidado de la Salud; Atención primaria de salud; Sistemas de Salud.

¹Enfermeira, Mestre. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: anafmenfermagem@yahoo.com.br;

²Enfermeiro, Especialista. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: rickenfermagem@yahoo.com.br;

³Acadêmico de Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: rosembergdosanjos@gmail.com;

⁴Médico, Mestre. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: pimentahb@gmail.com; ⁵Médico, Doutor. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica, multifatorial, que geralmente se encontra associada a outros fatores e comportamentos de alto risco para doenças cardiovasculares.¹⁻² A abordagem da HAS deve levar em conta não somente os níveis pressóricos, mas também a presença de lesões de órgãos-alvo e a presença de outros fatores de risco associados, tais como: tabagismo, obesidade, sedentarismo, diabetes e dislipidemia.³ Essa recomendação é particularmente importante porque a combinação de HAS com estas condições é mais danosa do que a soma dos mesmos isoladamente, considerando um potencial desfecho cardiovascular grave.¹

O controle da HAS está relacionado à adoção de medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas incluem as mudanças nos hábitos de vida para práticas saudáveis. Entre essas medidas estão o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco.^{1,4}

Em princípio, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) possuem os melhores atributos para uma boa condução e manejo desta condição crônica. Isso se justifica pelo fato de que tais equipes podem apoiar, mais efetivamente, as mudanças no estilo de vida dos hipertensos acompanhados e a adesão ao tratamento, já que os seus princípios estão diretamente relacionados com uma boa interação profissional/usuário, permitindo a corresponsabilização pelo tratamento e a sensibilização para a promoção de hábitos de vida saudáveis.⁵

O controle da pressão arterial, bem como a gestão do cuidado da HAS e dos agravos cardiovasculares, continua sendo um desafio. Diversos estudos têm apontado fatores associados ao controle da pressão arterial, contudo, existe pouca evidência clara de como o cuidado das pessoas que vivem com a hipertensão deva ser organizado. Assim, estudos que abordem estratégias para a melhoria do processo de cuidado e gestão da HAS e dos agravos cardiovasculares são emergentes.

OBJETIVO

- Avaliar o impacto de uma intervenção para profissionais de saúde, por meio de indicadores de saúde sobre mudanças de comportamento das pessoas que vivem com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

MÉTODO

Estudo quantitativo, epidemiológico, experimental, controlado, cujo objeto de intervenção foi a equipe de saúde da ESF. A pesquisa foi desenvolvida em uma cidade de porte médio ao norte do Estado de Minas Gerais/MG, Brasil. Na ocasião, a rede básica de assistência municipal era constituída por 13 equipes da Estratégia Saúde da Família, correspondendo a uma cobertura populacional de 100%. Todas as unidades do Programa de Saúde da Família, efetivamente ativas e completas, foram eletivas para o estudo.

Antes da intervenção, foram realizadas coletas de dados com amostra representativa de hipertensos cadastrados em todas as unidades básicas de saúde e acompanhados pelas equipes da ESF. O registro dos hipertensos foi obtido a partir do prontuário físico dos pacientes e fichas de cadastro no Programa Hiperdia.

O cálculo amostral para essa fase foi definido a partir de uma prevalência de hipertensão de 25% para uma população estimada de 30 mil pessoas adultas assistidas pela ESF, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem probabilística por conglomerados (unidades básicas de saúde), o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de dois e acrescido de 20%, para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de pessoas, para a caracterização da população de hipertensos assistidos pela ESF, foi de 687 pessoas.

Foram considerados elegíveis, para o estudo, pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico médico de hipertensão arterial, efetivamente cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde. Foram excluídos indivíduos acamados, hospitalizados ou cuja família considerava incapaz de responder ao questionário, por incapacidade cognitiva.

O instrumento de coleta utilizado incluía dados de caracterização socioeconômica e demográfica, além de variáveis relacionadas aos cuidados de saúde, e foi desenvolvido a partir de outros instrumentos já validados. Para a avaliação da adesão medicamentosa, foi utilizada a escala de adesão medicamentosa de Morisky, Green e Levine, versão adaptada para a cultura brasileira. A escala contém quatro questões relativas aos fatores da não adesão. Foi desenvolvida para pacientes com HAS e, posteriormente, indicada para a utilização na identificação de fatores da não adesão de qualquer classe de

Maciel APF, Macedo OHO, Medeiros Filho RA et al.

medicamentos. As quatro questões estão relacionadas ao: esquecimento; descuido; interrupção do uso do medicamento, por perceber melhora, e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico.⁶ A classificação é definida como alto grau de adesão, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. O paciente é classificado no grupo de média adesão quando uma a duas respostas são afirmativas e, se três ou quatro respostas são afirmativas, a classificação é de baixa adesão.⁶

Após a coleta de dados inicial, entre as unidades da ESF na área urbana do município, duas foram recrutadas para o grupo “intervenção” e outras duas foram tomadas como “controle”. A intervenção proposta foi fundamentada na capacitação para o desenvolvimento de competências das equipes da ESF. Buscou-se, por meio de encontros formais e informais com as equipes de saúde, a sensibilização para a gestão do cuidado com ênfase no Risco Cardiovascular (RCV). Nesse sentido, foram delineados assuntos que pudessem contribuir com a formação dos profissionais de saúde envolvidos, bem como motivá-los para a importância do cuidado com o RCV e a aplicação de um modelo de gestão do cuidado.

Foram realizadas cinco oficinas *in loco*, com duração aproximada de duas horas cada, com abordagem dos seguintes assuntos: 1. Apresentação da proposta, epidemiologia e noções sobre gestão do cuidado do risco cardiovascular; 2. Abordagem Motivacional e Avaliação do estágio de prontidão para mudança; 3. Classificação de risco, prevenção e abordagem às pessoas com risco cardiovascular; 4. Boas práticas dos profissionais de saúde na abordagem do RCV e gestão do cuidado; 5. Apresentação de instrumento informático de suporte para a condução e gestão do RCV e treinamento para uso.

A equipe de trabalho, para a coleta de dados, era formada por profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos) e foi especialmente treinada para as duas etapas do estudo. Após as atividades educativas, foram conduzidas as coletas de dados, com amostra de hipertensos, apenas das equipes “intervenção” e “controle”. Nessa etapa, o tamanho da amostra foi estimado para detectar uma diferença de pelo menos 20% na

Avaliação de intervenção para profissionais de saúde...

variável adesão medicamentosa para avaliar a mudança de comportamento, considerando uma proporção estimada de 50% de pessoas com baixa adesão medicamentosa identificadas na primeira etapa do estudo. Assumiu-se um nível de confiança de 95% e um poder amostral de 80%, o que definiu uma amostra final mínima igual a 93 indivíduos para cada um dos grupos “intervenção” e “controle”.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o mesmo da fase anterior à intervenção. A coleta de dados ocorreu nas unidades de saúde as quais as pessoas estavam vinculadas ou no próprio domicílio, com uso de equipamentos (balanças, estadiômetros e aparelhos de pressão) já validados em pesquisas similares. Os dados coletados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 18.0 (*SPSS for Windows, Chicago, EUA*), de forma descritiva e analítica.

Todos os participantes concordaram com sua participação no estudo, registrando assinatura ou digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo nº CAAE 28611114.9.0000.5146.

RESULTADOS

Na primeira etapa do estudo, participaram 720 pessoas sabidamente hipertensas, cadastradas e acompanhadas pelas ESF. A idade média do grupo avaliado foi de 62 (DP ± 13) anos, com predomínio do sexo feminino. A maior parte do grupo se declarou negra. Quase metade do grupo referiu uma renda familiar mensal inferior a um salário mínimo. Essas e outras características do grupo são apresentadas na tabela 1.

Na segunda etapa do estudo, isto é, após conduzida a intervenção com as equipes de saúde, foram coletados dados de 102 pessoas para cada grupo (intervenção e controle). A tabela 2 apresenta as principais características dos participantes nessa fase, com análise estatísticas das variáveis estudadas.

Tabela 1. Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde de pessoas hipertensas. Montes Claros (MG), 2015, Brasil.

Variáveis	n	%
Idade		
18 a 39 anos	39	5,4
40 a 59 anos	242	33,6
≥ 60 anos	439	61,0
Sexo		
Feminino	517	71,8
Masculino	203	28,2
Cor da pele		
Parda	371	51,5
Preta	200	27,8
Branca	142	19,7
Amarela/Indígena	7	0,9
Estado conjugal		
Solteiro	99	13,8
Casado ou união estável	396	55,0
Divorciado/separado	52	7,2
Viúvo	173	24,0
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	325	45,1
De 1 a 3 salários mínimos	354	49,2
4 ou mais salários mínimos	36	5,0
Número de pessoas que residem na casa		
Vive sozinho	76	10,6
De 2 a 5 pessoas	553	76,8
Mais de 5 pessoas	91	12,6
Anos de estudo		
Nenhum	91	12,8
1 a 4 anos	325	45,6
5 anos ou mais	297	41,6
Morbidades autorreferidas		
Diabetes Mellitus	228	31,7
Problema cardíaco	196	27,3
Colesterol alto	302	42,1
Artrite e/ou reumatismo	197	27,4
Osteoporose	123	17,1
Classificação do IMC		
Baixo peso	11	1,5
Eutrófico	164	23,1
Sobrepeso	284	39,9
Obesidade	252	35,4
Adesão medicamentosa		
Alta adesão	373	51,9
Média adesão	249	34,7
Baixa adesão	96	13,4

Tabela 2. Variáveis clínicas e comportamentais de pessoas hipertensas, após intervenção educativa para equipes de saúde. Montes Claros (MG), 2015, Brasil.

Variáveis	Intervenção		Controle		p*
	n	%	n	%	
Participou de alguma atividade de educação em saúde					0,271
Sim	27	27,3	21	35,6	
Não	72	72,7	38	64,4	
Tabagismo					0,416
Não fumante	89	89,0	86	85,1	
Fumante	11	11,0	15	14,9	
Prática de atividade física					0,293
Ativo	45	45,5	37	36,6	
Sedentário	54	54,5	63	62,4	
Dieta para controle da pressão arterial					0,708
Sim	81	82,7	63	84,7	
Não	17	17,3	13	15,3	
Controle da quantidade de sal					0,313
Sim	96	98,0	81	95,3	
Não	2	2,0	4	4,7	
Consumo de frutas					0,540
Duas ou mais vezes/semana	85	83,3	80	80,0	
Nunca/quase nunca	17	16,7	20	20,0	
Tratamento ou dieta para perda de peso					0,239
Sim	8	7,9	13	13,0	
Não	93	92,1	87	87,0	
Classificação da pressão arterial					0,258
Normal ou limítrofe	53	52,0	44	44,0	
Hipertensão leve/moderada/grave	49	48,0	56	56,0	
Adesão medicamentosa					0,003
Alta adesão	62	60,8	38	37,3	
Média adesão	18	17,6	34	33,3	
Baixa adesão	22	21,6	30	29,4	

(*) Teste qui-quadrado

DISCUSSÃO

Registrou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$) na adesão medicamentosa entre os grupos avaliados, com melhor adesão à terapia medicamentosa no grupo assistido pelas equipes que passaram pela intervenção. Não foram identificadas outras diferenças estatisticamente significantes para as demais variáveis aferidas.

Ao avaliar o impacto da intervenção educativa e formativa para profissionais de saúde na gestão do cuidado de pessoas que vivem com HAS, este estudo registrou apenas melhora nos índices de adesão medicamentosa para as pessoas acompanhadas pelas equipes capacitadas. Esse é um aspecto positivo, pois existe uma dificuldade na adesão à terapia medicamentosa no tratamento da HAS, apesar de existir um amplo arsenal terapêutico reconhecidamente eficaz para o seu controle.⁷⁻⁸

Diversos fatores têm sido associados com a não adesão à terapia medicamentosa pelo paciente hipertenso. A dificuldade em aderir ao tratamento pode estar ligada desde a motivos relacionados à disponibilidade e gratuidade de medicamentos, à forma de como o paciente consegue lidar com esta situação, à maneira de como foi orientado, à dificuldade em mudar seu estilo de vida e suas

rotinas diárias, à forma como a família pode influenciar e se adaptar a novas mudanças.⁹⁻¹⁰

Vale destacar que a adesão à medicação autorrelatada, como foi feita neste estudo, é conhecida por superestimar a verdadeira adesão. Contudo, o uso de escalas de adesão é bastante divulgado na literatura e pouco se sabe sobre os fatores do doente que podem contribuir para o viés ascendente na adesão autorrelatada da medicação.¹¹

Em estudo que avaliou fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, em uma unidade básica de saúde, concluiu-se que um dos fatores associados à baixa adesão foi a falta de compreensão do paciente quanto às recomendações da equipe de saúde. Ressalta-se, contudo, que o fato deve ser considerado, pois as recomendações necessárias podem não estar sendo transmitidas em uma linguagem acessível ou pode haver um conhecimento insuficiente sobre a doença e a gravidade de suas complicações, de modo a não considerar as recomendações com a devida seriedade.⁸

Ressalta-se que o grupo estudado nesta pesquisa é essencialmente idoso, com média de idade acima dos 60 anos e ainda possui baixa escolaridade o que, segundo estudos, pode contribuir para o não entendimento das orientações e a consequente não adesão medicamentosa e mudança de comportamento.¹²

Maciel APF, Macedo OHO, Medeiros Filho RA et al.

Entre os hábitos dietéticos discutidos, não se registraram diferenças entre os grupos para as variáveis consumo de sal ou consumo de frutas. Em estudo sobre a caracterização do consumo de sal entre hipertensos segundo fatores sociodemográficos e clínicos, concluiu-se que o elevado consumo de sal, mensurado tanto por seus componentes isolados como de maneira global, encontra-se relacionado a variáveis individuais como sexo, escolaridade, cor, renda mensal, situação profissional e às variáveis clínicas como IMC, pressão arterial, indicadores de hipertrofia ventricular e número de medicações utilizadas.¹³ É compreensível que a população estudada, essencialmente carente e com baixa escolaridade, tenha mais dificuldades para compreender e promover mudanças em seus hábitos alimentares. A mudança dos hábitos alimentares é complexa já que envolve costumes, culturas e aspectos socioeconômicos.¹⁴ Um estudo, com intervenção comportamental intensiva, obteve mudança de comportamento, melhorou o padrão alimentar e a pressão arterial após um período de seis meses, contudo, o tamanho do efeito foi relativamente pequeno e não persistiu.¹⁵ Outros autores já registraram dificuldades em mudanças comportamentais potencialmente efetivas em relação às doenças crônicas em geral, incluindo a HAS.¹⁶⁻⁷

Em estudo experimental, realizado no Brasil, com população com características sociodemográficas semelhantes às deste estudo, avaliou o efeito de intervenção educacional ativa (grupo de discussão) e passiva (fornecimento de diretrizes impressas) para profissionais médicos, para melhorar o atendimento ao paciente com HAS, onde concluiu-se que a intervenção ativa, baseada na revisão das práticas dos profissionais de saúde, melhorou as condutas clínicas dos profissionais, comparando-se ao grupo que passou pela intervenção passiva. Contudo, não foram observadas diferenças nos indicadores clínicos e comportamentais dos pacientes dos profissionais dos dois grupos.¹⁸

Não houve diferença significativa sobre o hábito de fumar entre os grupos. Em estudo que buscou avaliar o estado de saúde cardiovascular e determinar o impacto de uma intervenção de baixa intensidade de educação para a cessação do tabagismo, os resultados apontaram que a intervenção aumentou significativamente o conhecimento sobre a cessação tabágica, mas não a intenção de parar de fumar.¹⁹

Avaliação de intervenção para profissionais de saúde...

Sobre a prática de atividade física, também não se observou diferença estatisticamente significativa. Esse dado é contrário a um estudo que, após intervenção de educação em saúde, registrou uma melhora estatisticamente significativa no nível de atividades praticadas, onde vários indivíduos, que eram sedentários, começaram a praticar exercícios físicos. Entretanto, o referido estudo promoveu atividades educativas diretamente aos pacientes hipertensos.²⁰

Para os valores da pressão arterial, também não se observaram diferenças significativas, o que é consoante com as poucas mudanças comportamentais identificadas neste estudo após a intervenção. Destaca-se que, em relação à HAS, sua adequada abordagem deve levar em conta não apenas seus níveis pressóricos, mas, também, a presença de lesões de órgãos-alvo e a presença de outros fatores de risco associados. Essa recomendação fundamenta-se no fato de que poucos hipertensos possuem apenas níveis pressóricos elevados, pois a maioria possui outros fatores de risco cardiovascular (RCV).¹ Em um estudo realizado com amostra semelhante, após a intervenção de educação em saúde, para as pessoas com HAS, foi observada uma redução estatisticamente significativa para os valores das pressões e para variáveis que avaliaram mudanças de alguns hábitos de vida.²⁰

Em síntese, as intervenções educativas promovidas não se mostraram capazes, pelo menos ao longo do tempo estudado, de promover impacto sobre os hábitos de vida dos pacientes hipertensos acompanhados pelas equipes de saúde. Destaca-se que a epidemiologia da doença cardiovascular é complexa e demanda maiores esforços para se assegurar resultados mais robustos sobre o comportamento dos pacientes. Outros autores já demonstraram que a situação é evitável e reversível, ainda que não seja uma ação simples, já que, algumas vezes, envolve mudanças profundas de comportamentos dos indivíduos, de suas famílias e da sociedade em que vivem.²¹

Em estudo randomizado, que avaliou o efeito de intervenções educativas sobre mudanças de comportamentos de saúde e no controle da pressão arterial, concluiu-se que as intervenções educacionais podem melhorar a autogestão de doenças crônicas, muito embora não conferem maiores benefícios aos participantes com níveis educacionais mais baixos. As tendências observadas neste estudo sugerem que as pessoas com maior escolaridade têm mais probabilidade de se

Maciel APF, Macedo OHO, Medeiros Filho RA et al.

beneficiar das intervenções educativas, exacerbando as disparidades socioeconômicas de saúde.²² Esse dado torna ainda mais desafiadora a proposta de promover educação em saúde para comunidades socialmente menos favorecidas.

Nesse sentido, reforça-se a necessidade de investimento das políticas públicas em busca de alternativas que visem a uma melhor gestão do cuidado da HAS e de seus fatores associados, na tentativa de conter os agravos cardiovasculares, como feito neste estudo.

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Várias das informações aferidas foram relatadas pelos próprios pacientes. Embora o instrumento utilizado tenha sido validado, as informações podem não traduzir fielmente a realidade. Ainda, a população avaliada apresenta particularidades de uma população altamente carente e com nível de escolaridade predominantemente baixo, o que pode não representar todos os estratos sociais. Vale citar, ainda, o curto período de acompanhamento, o que sugere a necessidade de novos estudos com acompanhamento mais robusto. O fato de a intervenção proposta ser conduzida para profissionais de saúde e não para as pessoas com a hipertensão dificultou o confronto de dados com a literatura, já que não foram encontrados estudos que utilizaram da mesma abordagem.

CONCLUSÃO

A intervenção proposta foi eficaz no sentido de promover maior adesão medicamentosa para os pacientes assistidos pelas equipes capacitadas. Entretanto, não foram registradas diferenças em relação aos hábitos de vida prejudiciais aos hipertensos e que podem impactar sobre o risco cardiovascular. Sugere-se a realização de novos estudos, com diferentes abordagens e acompanhamento por maior período de tempo.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG (CDS - APQ-00729-13).

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 Dec [cited 2012 Jan 15];101(6 Suppl. 2):1-63. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf [ChobanianAV](http://www.ianav.com.br). The hypertension paradox: more

Avaliação de intervenção para profissionais de saúde...

- uncontrolled disease despite improved Therapy. N Engl J Med. 2009 Aug; 361:878-87. Doi: 10.1056/NEJMsa0903829
2. Tocci G, Valentini V, Sciarreta S, Volpe M. Multivariate risk assessment and risk score cards in hypertension. Vasc Health Risk Manag. 2007 June;3(3):313-20. PMID: 17703639
3. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). Med Clin North Am. 2009 May;93(3):753-69. Doi: [10.1016/j.mcna.2009.02.007](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2009.02.007)
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2012 Jan 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan; 24(1):67-74. PMID: 3945130
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 15]; 95(1 Suppl.1):1-51. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
7. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. Acta Paul Enferm. 2012; 25(spe 1):27-34. Doi: 10.1590/S0103-21002012000800005
8. Martins LC, Martins LMB, Ubaid-Girioli S, Moreno Júnior H. Tratamento medicamentoso do paciente com hipertensão de difícil controle. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2008 [cited 2012 Jan 15];15(1):28-33. Available from: <http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/30.pdf>
9. Martins AG, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. Acta Paul Enferm. 2014 May/June; 27(3):266-72. Doi: 10.1590/1982-0194201400045

Maciel APF, Macedo OHO, Medeiros Filho RA et al.

10. Tedla YG, Baustista LE. Factors associated with false-positive self-reported adherence to antihypertensive drugs. *J Hum Hypertens*. 2016 Nov;31(5):320-6. Doi: [10.1038/jhh.2016.80](https://doi.org/10.1038/jhh.2016.80)

11. Cotta RM, Batista KC, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FA, et al. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertensive and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeiras, Minas Gerais state. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 July/Aug; 14(4):1251-60. PMID: 19721965

12. Perin MS, Cornélio ME, Rodrigues RCM, Gallani MCBJ. Caracterização do consumo de sal entre hipertensos segundo fatores sociodemográficos e clínicos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Sept/Oct;21(5): [09 telas]. Doi: 10.1590/S0104-11692013000500002

13. Gimeno SGA, Mondini L, Moraes SA, Freitas ICM. Dietary patterns and correlates in adults living in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: the OBEDIARP Project. *Cad Saúde Pública*. 2011 Mar;27(3):533-45. Doi: 10.1590/S0102-311X2011000300013

14. Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS Jr, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, et al. Hypertension improvement project: randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. *Hypertension*. 2009 Dec;54(6):1226-33. Doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.134874.

15. Guirado EA, Ribera EP, Huergo VP, Borrás JM, Adietha Group. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011 Jan/Feb;25(1):62-7. Doi: 10.1016/j.gaceta.2010.09.015.

16. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Soc Bras Clín Méd [Internet]*. 2013 Jan/Mar [cited 2015 Jan 15];11(1):55-61. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf>

17. Pimenta HB, Caldeira AP, Mamede S. Effects of 2 educational interventions on the management of hypertensive patients in primary health care. *J Contin Educ Health Prof*. 2014;34(4): 243-51. Doi: 10.1002/chp.21252

18. Perkett, M, Robson SM, Kripalu V, Wysota C, McGarry C, Weddle D, et al. Characterizing cardiovascular health and evaluating a low-intensity intervention to promote smoking cessation in a food-assistance population. *J Community Health*.

Avaliação de intervenção para profissionais de saúde...

2016;42(3):605-11. Doi: 10.1007/s10900-016-0295-2.

19. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):179-84. Doi: 10.1590/S0103-21002013000200012

20. Jackson R, Lawes CM, Bennett DA, Milne RJ, Rodgers A. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet*. 2005 Jan/Feb; 365(9457):434-41. Doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)17833-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17833-7)

21. Zhang K, Eastwood D, Ertl K, Whittle J. Educational attainment does not modify the effect of educational interventions on blood pressure control: a secondary analysis of data from a randomised trial. *JRSM Open*. 2016 Aug; 7(8):1-8. Doi: [10.1177/2054270416654359](https://doi.org/10.1177/2054270416654359)

Submissão: 29/12/2016

Aceito: 14/09/2017

Publicado: 15/10/2017

Correspondência

Ana Paula Ferreira Maciel
Rua José Maria Câmara, 85
Canelas I

CEP: 39402-592 - Montes Claros (MG), Brasil